

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 161

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Athanase SCHTAKLEFF

Né le 13 Février 1912, à JÉRUSALEM (Palestine)

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MYOMES DU RECTUM
(UN CAS DE MYOME ULCÉRÉ DU RECTUM)

Président : M. LENORMANT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Athanase SCHTAKLEFF

Né le 13 Février 1912, à JÉRUSALEM (Palestine)

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MYOMES DU RECTUM

(UN CAS DE MYOME ULCÉRÉ DU RECTUM)

Président : M. LENORMANT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	

Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	

Clinique médicale	
-------------------------	--

Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	

Clinique chirurgicale	
-----------------------------	--

Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	

Clinique d'accouchements	
--------------------------------	--

Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	

Professeurs sans chaire	
-------------------------------	--

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
N...
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCOQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
BEZANCON.
MATHIEU.
LAUBRY.
CROUZON.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.
BERNARD Et. .	Pathologie médicale.
BESANCON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
DOGNON	Physique.
FUNCK-	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-.....	Anatomie pathologique.
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CPABROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-.....		
RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ ...		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA CHERE FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu me faire l'honneur de
présider cette thèse.

Remerciements et hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN QUENU

Professeur Agrégé à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a bien voulu me fournir le sujet de
ce travail.

Il a toujours été pour moi un Maître
bienveillant.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. OKINCZYC

*Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. BOLTANSKI

Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET	1930-31
MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD	1930-31
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU	1931-32
MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON	1931-32
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET	1932-33
MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON	1932-33
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT	1933-34
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE	1933-34
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN	1933-34
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE	1933-34
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN	1934-35
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION	1934-35

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR PRELAT	1934-35
MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE	1935-36
MONSIEUR LE DOCTEUR OKINCZYC	1935-36
MONSIEUR LE DOCTEUR BOLTANSKI	1936-37
MONSIEUR LE DOCTEUR QUENU	1937-38

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. PETIT

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. BAC

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAYOT

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas intéressant de myome ulcéré du rectum qui pouvait prêter à confusion avec un carcinome, notre Maître, Jean QUÉNU, nous suggéra l'idée de rassembler les observations publiées et revoir l'état actuel de la question des myomes du rectum.

Nous remercions, avec un sentiment de profonde gratitude, M. Jean QUÉNU qui a bien voulu suivre avec une bienveillante patience la rédaction de ce travail, nous prodiguant sans compter ses précieux conseils.

Nous remercions le Docteur LAVEDAN du bon accueil qu'il nous a réservé dans son laboratoire, et pour les détails histologiques qu'il a bien voulu nous exposer. Nous le remercions de son concours.

Nous envisagerons, au cours de ce travail, non seulement les myomes purs, mais les fibromyomes qui rentrent dans le cadre du myome du rectum, à condition que l'examen histologique montre des fibres musculaires en assez grande proportion, et non pas « *quelques fibres musculaires* » comme dans les cas 2, 3, 4 et 5 de Bensaupe, Cain et Poirier, qui rentrent dans le cadre des fibromes du rectum.

Nous avons pu rassembler 32 cas, que nous ajoutons à notre observation personnelle, dont la plupart figurent dans la thèse de A. A. Poirier et dont les autres ont paru dans différentes publications.

Observation personnelle

Obs. I. — Mme B..., 68 ans, vient consulter le 24 mai 1937 pour des troubles rectaux caractérisés par des sensations de *pesanteur à l'anūs* et de *rectorragies*. Ayant déjà consulté son médecin habituel, il y a deux mois, celui-ci a constaté, au toucher vaginal, une masse à droite de l'*utérus*, dont il n'a pu préciser ni le point de départ ni la nature, mais il a conclu à une « *affection sérieuse* » ; c'est donc sur son conseil que la malade vient pour avoir un avis thérapeutique.

Mme B... a toujours joui d'une bonne santé, à part une *constipation chronique* ayant débuté dès l'âge de 18 ans et qui est allée en s'accroissant, ce qui nécessitait la prise quotidienne de bourdaine.

Le début des troubles remonte en réalité à deux ans. A cette époque, ayant été constipée et la bourdaine ne donnant aucune exonération pendant trois jours consécutifs, la malade s'est donné un lavement, à la suite duquel elle a eu sa *première rectorragie*. Depuis ce moment elle a toujours éprouvé de la gêne à la défécation. Les selles étaient pénibles et la malade avait l'impression d'avoir un *obstacle au niveau du rectum*, ce qui l'obligeait à se masser la

partie inférieure de l'abdomen de haut en bas pour activer son exonération. A cette époque un médecin constate la présence d'hémorroïdes, rattache les rectorragies à cette cause et prescrit un traitement symptomatique antihémorroïdaire. Depuis elle eut plusieurs rectorragies formées de sang rouge apparaissant à la fin des selles.

Ces troubles se répercutaient sur son état général, d'où manque d'appétit, asthénie, amaigrissement progressif, mais peu considérable, teint anémique et de la céphalée en rapport avec son hypertension artérielle (22-12). Un dosage de l'urée dans le sang, pratiqué il y a un an, a montré une urémie à 0 gr. 64.

Dans ses antécédents personnels il n'y a rien à signaler, en dehors de cette constipation chronique. Elle a une fille actuellement âgée de 40 ans.

EXAMEN: A l'inspection, rien. *Le toucher rectal*: le doigt introduit par l'anus arrive à 3 ou 4 cm. de hauteur sur une saillie, occupant la partie basse de l'ampoule rectale sur son côté antéro-droit. C'est une saillie assez dure, de surface irrégulière, ulcérée, de forme arrondie, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent.

Autour de la saillie la muqueuse offre au toucher une consistance normale. Et le doigt sent sous la muqueuse une masse qui prolonge la saillie au delà des parois rectales, en avant et en dehors du côté droit.

Le toucher vaginal permet de sentir cette masse

qui saillit sur la paroi postérieure du vagin, à droite de la ligne médiane.

On a d'emblée l'impression qu'il s'agit d'une tumeur inhabituelle: ce n'est pas un *polype rectal*, car c'est une tumeur non pédiculée, incluse dans la paroi rectale. Il ne semble pas non plus s'agir d'un *carcinome rectal*, car il est rare qu'en pareil cas une ulcération relativement circonscrite repose sur une tumeur aussi volumineuse.

On décide donc de faire une dilatation de l'anus pour voir la tumeur, et un prélèvement pour examen histologique. La malade entre le 29 mai 1937. Elle est opérée le même jour.

Opération du 29 mai 1937 (N° 9429 du registre opératoire). — Anesthésie générale à l'éther. Dilatation de l'anus. Un spéculum mis en place montre, sur la paroi antéro-droite de l'ampoule rectale, une large ulcération dont la surface est occupée par une masse d'aspect sphacélique, blanche, tomenteuse. Autour de cette ulcération, la muqueuse a un aspect sensiblement normal. Il est évident que cette surface blanche représente le pôle postérieur d'une tumeur développée au contact du rectum dans ses parois, ayant détruit la muqueuse et s'étant sphacélée au contact de la cavité rectale. On tente de saisir la tumeur avec une pince à anneaux, mais elle n'offre que peu de prise, et on ne ramène que des débris inconsistants.

Avec une grosse curette on enlève la partie sphacélée et on arrive à une surface ferme, charnue, saignante, dont on prélève un morceau pour examen

histologique. On prélève également un fragment de muqueuse sur le bord de l'ulcération. Un petit drain de caoutchouc intrarectal. Une mèche. Suites simples; purgation le cinquième jour.

Examen histologique (1608 du registre. Dr Lavedan). — Le prélèvement comporte deux parties distinctes: l'une superficielle ne présentant aucun signe de prolifération maligne, l'autre profonde constituée par la muqueuse intestinale. Dans celle-ci on voit des zones sombres constituées par des éléments cellulaires, fusiformes, à noyau arrondi, ovalaire ou étiré; ces éléments sont tassés les uns contre les autres et disposés en faisceaux s'entrecroisant en tous sens. La limite entre cette zone de faisceaux sombres et la zone claire de la musculature normale est nette. Malgré l'aspect jeune des éléments tumoraux, qui de toute évidence sont d'origine musculaire, ceux-ci ne présentent aucun caractère de malignité.

Il s'agit d'un myome développé aux dépens de la musculature intestinale. On décide de l'extirper par les voies naturelles. Azotémie: 0 gr. 36. Tension artérielle: 21-9.

Deuxième intervention le 8 juin. — Anesthésie générale à l'éther. Il existe un hiatus entre la tumeur et les bords de la perte de substance. Le doigt engagé dans cet hiatus trouve un plan de clivage et parvient à énucléer en plusieurs fragments une masse de consistance ferme, élastique, logée sur la face antéro-latérale droite du rectum, en partie dans la cloison recto-vaginale. L'ensemble des fragments extraits re-



Figure 1

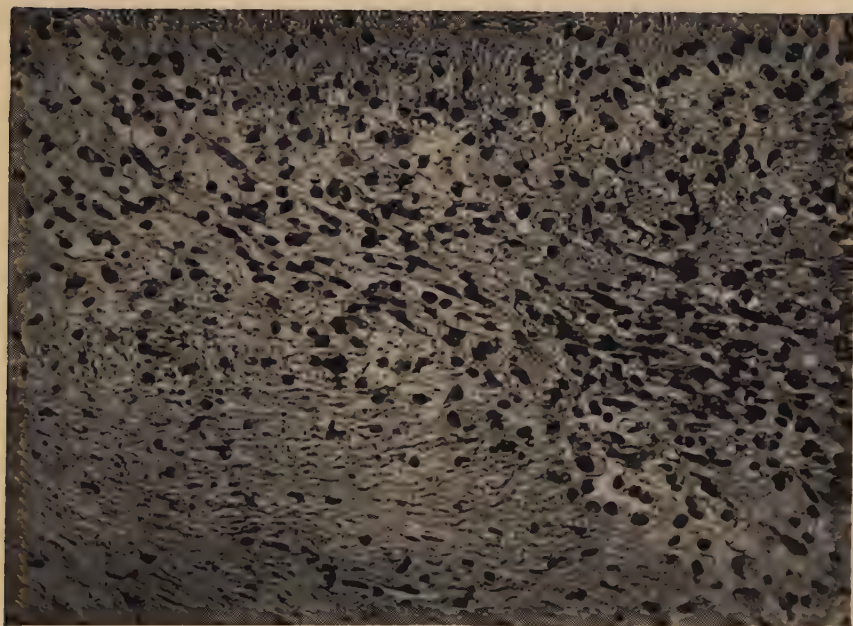


Figure 2

présente une masse de la grosseur d'une mandarine. On rapproche par des points de suture les bords de la brèche rectale et on draine la cavité résultant de l'exérèse par une incision cutanée périnéale antérieure. Mèches rectales. Suites extrêmement simples. On donne de l'opium pendant trois jours. Le troisième jour on enlève le drain et les mèches. Purgation le septième jour. Sortie le neuvième jour. La suture rectale semble avoir tenu parfaitement. L'incision de drainage ne s'est pas fistulisée.

La malade est revue le 24 septembre en excellent état général. Elle est encore légèrement constipée, mais tous les troubles de la défécation ont disparu et elle a des selles moulées. *Au toucher rectal* on sent, sur la face antérieure du rectum, un peu à droite de la ligne médiane, une cicatrice linéaire, longue de 5 cm. environ. En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal on a la cicatrice entre les doigts, et la cloison recto-vaginale a sa minceur et sa souplesse habituelles.

Nous l'avons revue le 14 novembre en parfait état. La constipation a complètement disparu, le rectum est absolument souple.

Il s'agissait donc d'un *myome* ayant un point de départ dans la musculature rectale. Il est évident que cette tumeur, primitivement interstitielle, née dans l'épaisseur de la paroi rectale, a franchi ces limites en se développant: en avant elle a envahi la cloison recto-vaginale; en arrière la saillie de son pôle postérieur a ulcéré la muqueuse et est apparue dans la

cavité de l'ampoule sous la forme d'une surface sphacélique. La tumeur s'était donc développée dans les deux sens; mais, fait particulier, son développement intra-rectal s'était accompagné d'une *ulcération de la muqueuse*. La muqueuse avait été non pas refoulée intacte, mais rompue et détruite.

Historique

D'après les travaux récents de Bensaude et de ses élèves deux périodes doivent être considérées dans l'histoire de toutes les tumeurs bénignes du rectum.

Une première période, qui va de 1847 à 1879, ou pré-histologique, où toutes les productions du rectum qu'elles soient pédiculisées ou sessiles, forment un ensemble mal dissocié où l'on reconnaît assez mal ce qui est adénome et ce qui est fibrome ou fibromyome. On appelle ces productions « *polypes fibreux* », « *polypes durs* » ou « *corps fibreux* », et l'identification est faite sur la foi d'un examen macroscopique (ce sont des observations que Longuet rejette comme inutilisables).

Parmi les observations publiées pendant cette époque, citons celles de Cambrai, de Huguier, de Verneuil, de Houel, de Malassez et aussi citons la pièce du musée Hunter, à Londres. Dès cette époque l'opinion est unanime sur la rareté de ces productions.

Une deuxième période, qui va de 1879 à nos jours: Toutes les observations publiées sont suivies de détails sur l'examen histologique.

En 1881, Carlier, de Roulers et V. Van der Epst (de Courtrai) publient, dans le Journal de Médecine,

de Chirurgie et de Pharmacologie de Bruxelles, un cas de fibro-myome confirmé par un examen histologique.

Tédenat publie un autre cas en 1885, dans *Montpellier Médical*. En 1896, Heurtaux publie, dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, une étude sur les myomes du rectum et rapporte une très belle observation. Il s'élève à cette occasion contre la réalité des fibromes purs du rectum et il estime qu'on n'est pas plus autorisé à appeler fibromes ces productions rectales, qu'il n'est légitime de considérer, comme fibrome purs, les myomes utérins. En conclusion il affirme: « *Je suis convaincu que les fibromes purs n'existent pas* ».

Quénu et Hartmann, dès cette époque, consacrent un large chapitre à cette question, dans leur *Traité de Chirurgie du rectum*, et leur élève, Longuet, fait, en 1896, une revue générale des tumeurs bénignes du rectum dans le *Progrès Médical*, puis les observations se multiplient.

Verne Hunt, en 1921, dans *Annals of Surgery* de Philadelphie, réunit tous les cas de fibromyomes et myomes rectaux publiés depuis 1872. Il en trouve 20 observations auxquelles il ajoute 4 cas personnels recueillis dans la Clinique des Mayo.

R. Bensaude, A. Cain et A. Poirier publient, en 1933, dans les *Archives des Maladies du Tube digestif*, une étude sur les fibromes, fibromyomes et myomes du rectum, dans laquelle ils insistent sur les fibromes purs du rectum, comme entité anatomoclinique.

Ce travail est suivi d'une thèse sur le même sujet par A. Poirier en 1933 et presque en même temps paraît dans le *Journal de Chirurgie* 1933 une étude sur les myomes du rectum de H. Hartmann, T. Bertrand-Fontaine et P. Guérin avec une belle observation de myome du rectum opéré par H. Hartmann. Ces deux travaux constituent les ouvrages les plus récents sur la question, et nous leur avons fait de fréquents emprunts au cours de ce mémoire.

Etiologie

Nous avons relevé sur les 33 observations que nous avons résumées ici dans le chapitre observations, 18 femmes et 15 hommes. L'affection atteint donc l'un et l'autre sexe avec une égale fréquence.

Ces tumeurs s'observent exclusivement chez les sujets adultes:

de 30 à 40 ans.....	11 cas
de 40 à 50 ans.....	10 cas
au-dessus de 50 ans.....	12 cas

Les âges extrêmes ont été 20 et 85 ans. Nous n'avons rien retrouvé sur les causes, ni sur la pathogénie de ces formations.

Anatomie-pathologique

Les myomes du rectum sont des tumeurs bénignes dont la localisation anatomique est variable.

Anatomie macroscopique

NOMBRE: Les myomes du rectum se présentent toujours à l'état de tumeur *unique*, exceptionnellement tumeur *multiple*: environ une quinzaine de tumeurs (Obs. 22), deux tumeurs (Obs. 23).

SIÈGE: Les myomes du rectum peuvent être interstitiels, cavitaires ou extrarectaux.

Une comparaison s'impose aussitôt à l'esprit avec les myomes utérins.

La situation interstitielle est évidemment le stade initial. La situation intracavitaire ou extrarectale représentent des modes évolutifs.

Le myome du rectum se développant aux dépens de la tunique musculaire du rectum est d'abord au contact de cette tunique, dans la paroi rectale. Mais cette paroi est mince et dès que le myome a acquis un certain volume il se développe soit vers l'extérieur du rectum, vers la cavité rectale, soit vers l'intérieur, dans les espaces périrectaux.

Sur les 33 observations, 9 concernent des *myomes interstitiels*.

Les myomes intracavitaires ou sous-muqueux peuvent être sessiles ou pédiculés. *Sessiles*, ils forment une saillie plus ou moins considérable sur la paroi rectale. *Pédiculés* ils pendent comme un battant de cloche à l'intérieur de la cavité rectale, au bout d'un pédicule plus ou moins gros et plus ou moins long. Le pédicule peut être assez long pour que le myome se montre au dehors, soit de façon intermittente, soit en permanence; le myome est alors *dit procident*.

Les myomes extrarectaux se développent au contraire vers la périphérie. Bas situés, ils sont *sous-péritonéaux* dans le tissu cellulaire des espaces périrectaux. Les myomes postérieurs se logent dans l'excavation sacrée, les myomes latéraux dans les parties latérales du pelvis, les myomes antérieurs se développent vers le vagin dont ils refoulent la paroi antérieure, ou vers la prostate. D'autres enfin se développent en bas, vers le périnée, qu'ils dépriment.

Mais ces myomes sous-péritonéaux, pour peu qu'ils acquièrent quelque volume, se trouvent à l'étroit entre les parois osseuses du pelvis, et, quoique extrarectaux, déterminent néanmoins une saillie dans le rectum ou une déviation de ce conduit.

Il n'en est pas de même des myomes à évolution haute abdominale.

Ces myomes intrapéritonéaux peuvent se pédiculer, et, se développant librement dans la cavité abdominale, acquérir un volume considérable, être mé-

connus, parce qu'ils ne déterminent aucun symptôme de compression pelvienne.

FORME: La forme de ces tumeurs est en général *arrondie* (Obs. 1, 4, 5, 10, 25, 26, 27, 30) ou *ovalaire* (Obs. 6, 7, 8, 11, 14).

SURFACE: Leur surface est lisse, pouvant être toutefois *bosselée* ou *mamelonnée* (Obs. 4, 8, 13).

CONSISTANCE: Leur consistance est tantôt dure (Obs. 5, 12, 15, 16, 21, 25, 27), tantôt *ferme, élastique* (obs. 11, 13, 14, 26), tantôt *dure* par endroits et *élastique en d'autres points* (Obs. 8).

A la coupe le tissu crie sous la lame du bistouri.

VOLUME: Leur volume est variable. L'ensemble des fragments enlevés chez notre malade représentait une masse de la grosseur d'une *mandarine*. La plupart des tumeurs enlevées avaient le volume d'une *amande* (Obs. 26), d'un *marron* (Obs. 4), d'une *poire* (Obs. 14), d'un *poing d'homme* (Obs. 5, 10, 28), d'autres avaient atteint le volume d'une *tête d'enfant* (Obs. 8) et même le volume d'une *tête d'adulte* (Obs. 23).

MUQUEUSE: La muqueuse qui recouvre la tumeur est en général intacte, souple, mobile, glissant sur la tumeur, parfois elle est *rouge, boursouflée* (Obs. 6); elle peut être *ulcérée* (Obs. 6, 8, 10, 11, 17, 31).

Chez notre malade la muqueuse présentait une *large ulcération*, dont la surface était occupée par une masse d'aspect sphacélique, blanche, tomentueuse. C'était une ulcération de forme arrondie un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent. La muqueuse environnante était saine.

A LA COUPE: La tumeur présente les caractères des myomes utérins avec des faisceaux concentriques régulièrement disposés autour du centre (Obs. 14), « elle était de couleur rougeâtre et se montrait de structure fasciculaire » (Obs. 19).

PÉDICULE: Le pédicule est d'épaisseur et de longueur variable: 1 cm. 1/2 à 2 cm. de longueur (Obs. 4), plus gros que le pouce (Obs. 14). Il se continue avec la paroi sans démarcation précise et s'insère à un niveau variable. Il est parfois pulsatile (Obs. 6). A la coupe du pédicule on trouve parfois un gros vaisseau.

Anatomie microscopique

L'examen histologique montre que ces tumeurs sont constituées par du tissu musculaire et du tissu fibreux en proportion variable et suivant les proportions relatives des tissus musculaire ou fibreux on appelle ces tumeurs *myofibromes* ou *fibromyomes*. Les léiomyomes purs sont exceptionnels.

Sur une coupe on voit des zones sombres constituées par des éléments cellulaires fusiformes à noyau arrondi, ovalaire ou étiré; ces éléments sont tassés les uns contre les autres et disposés en faisceaux s'entrecroisant en tous sens. La limite entre cette zone de faisceaux sombres et la zone claire de la musculature normale est nette (Obs. personnelle).

Parfois on voit des cellules allongées, ordonnées en *faisceaux un peu tourbillonnés*, s'intriquant les uns avec les autres.

Quand il existe un pédicule les fibres musculaires semblent se continuer par son intermédiaire avec celles du rectum.

A la périphérie des tumeurs existe presque toujours une coque conjonctive la limitant assez bien, poussant à son intérieur des prolongements qui la divisent en un certain nombre de lobes. Parfois on peut observer des infiltrations inflammatoires de la muqueuse, surtout quand elle est ulcérée.

Enfin, dans la zone tumorale on peut constater par endroits des zones de *dégénérescence calcaire*. La constatation de monstruosité cellulaires doit faire penser à la *dégénérescence maligne*. Parfois on trouve de larges sinus veineux et quelques petites artères à paroi épaisse (Obs. 11, 14).

Symptomatologie

1° Début

Le début réel passe toujours inaperçu. C'est la période de latence pendant laquelle se constitue la tumeur. Cette période est caractérisée la plupart du temps par une constipation qui va en s'accroissant.

Dès que ces tumeurs ont atteint un certain volume elles ne sont plus tolérées et se traduisent alors par des

2° Signes fonctionnels

Les malades viennent consulter, tantôt pour de la gêne de la défécation, caractérisée par de la *constipation* et des *fausses sensations*, tantôt pour de la *providence* d'une tumeur à l'an us et des *rectorragies*, plus rarement pour des *troubles de compression intrapelvienne*.

CONSTIPATION: La constipation est le symptôme *le plus fréquent* et celui qui en premier lieu attire l'attention des malades. Rarement ce symptôme manque et exceptionnellement il est remplacé par de la diarrhée.

Mais ce symptôme est très variable. En général, il s'agit de *constipation progressivement croissante*, qui

peut devenir excessive, pouvant aller même jusqu'à l'obstruction intestinale. La malade de Heurtaux présentait des crises d'obstruction périodiques sur un fond de constipation chronique. Ces crises d'obstruction intestinale se traduisaient par des coliques violentes qui arrachaient des plaintes à la malade et provoquaient des vomissements alimentaires et bilieux sans caractère fécaloïde. La malade de Lockardt-Mummery (Obs. 20) présentait aussi des crises analogues.

L'observation de Hill (Obs. 15) est un exemple du *caractère opiniâtre* de cette constipation. Le malade n'arrive à s'exonérer qu'avec l'aide de purgatifs drastiques et de lavements renouvelés. Il se présente à la garde-robe cinq ou six fois dans la journée, mais ne peut expulser chaque fois que de petites parcelles de matières.

Le malade de Mac Cosh (Obs. 21) vient consulter parce qu'il n'a pas eu de garde-robes spontanées depuis quelques semaines, sauf quelques gaz et un peu de liquide.

Exceptionnellement il s'agit de constipation *intermittente*. La malade de Bensaude (Obs. 4) présente des périodes de constipation opiniâtre au cours desquelles la défécation nécessitait des efforts violents.

Dans la plupart des cas le *caractère mécanique* de cette constipation n'échappait pas aux malades.

Dans la grande majorité des cas, sans être très accentuée, la constipation est cependant opiniâtre et les malades sont assujettis à l'usage des laxatifs. Ils

ont l'impression de ne pas vider leur rectum et ils perçoivent confusément qu'un obstacle s'oppose au passage des matières (Obs. 6, 16). Notre malade avait l'impression d'avoir un obstacle au niveau du rectum, ce qui l'obligeait à se masser la partie inférieure de l'abdomen de haut en bas pour activer son exonération.

La malade de Mac Cosh évacuait des matières fécales *dures et rubannées*.

Exceptionnellement cette constipation est remplacée par de la *diarrhée*. Le malade de John Berg présentait, pendant dix ans, une diarrhée tenace rebelle à toute thérapeutique, mais il semble qu'il s'agissait d'une diarrhée entretenue par le malade qui ne pouvait évacuer que des selles liquides.

DOULEURS: Les *douleurs* et les *fausses sensations* qu'éprouvent ces malades sont très variables. Tantôt il s'agit d'une sensation de pesanteur à l'anus, comme chez notre malade (Obs. Fried et Stone, H. Hartmann).

Le malade de Hill éprouvait une sensation de pesanteur permanente au niveau du rectum.

Tantôt des *douleurs rectales* surviennent au moment de la défécation, se prolongeant une demi-heure, une heure après (Obs. Bensaude). La malade de Heurtaux éprouve des *épreintes* et même des *coliques violentes* qui lui arrachent des plaintes.

Cette impression de pesanteur au niveau du rectum est ressentie en général dans la position debout; notre malade s'en plaignait dans la position assise.

Les faux-besoins sont rares.

Très rarement et en cas de constipation opiniâtre des *douleurs abdominales à type de coliques* d'obstruction intestinale ont été signalées (Obs. 6, 7).

RECTORRAGIES: Les *rectorragies* sont très fréquentes; nous les retrouvons dans 14 cas sur 32. Elles sont en général peu abondantes. Dans une seule observation, celle de Tédénat (Obs. 26), le malade a eu des rectorragies répétées et abondantes. En général ce sont des hémorragies intermittentes et peu abondantes accompagnant les matières qu'elles tachent en rouge. Ce symptôme manque chez beaucoup de malades.

PROCIDENCE: La *procidence* est une éventualité relativement fréquente; nous avons relevé 7 cas sur 33 observations de myomes et fibromyomes.

La tumeur sort de l'anús à l'occasion d'efforts abdominaux plus ou moins violents exercés par les malades. La plupart du temps la tumeur sort au moment de la *défécation*. Les efforts nécessités pour faire sortir la tumeur peuvent être considérables et pénibles. La malade de Carlier (Obs. 6) extériorisa sa tumeur à la période d'*expulsion* au cours d'un accouchement, elle était jusque là ignorée. En général les efforts de défécation suffisent à faire sortir la tumeur (Obs. 4, 6, 30, 31), malgré son volume, celui d'un poing d'homme (Obs. 32).

La *défécation* reste cependant la cause habituelle de la procidence de la tumeur. La procidence *précède toujours les selles* (Obs. 4, 6, 30, 31). Que l'effort de

défécation soit violent ou minime, le myome passe d'abord, suivi des matières fécales.

En général la *réduction* en est facile (Obs. 30). Elle est plus ou moins laborieuse suivant le volume de la tumeur, et suivant les procédés qu'emploient les malades pour rentrer leur tumeur.

Un caractère bien précisé dans la thèse de A. A. Poirier est la *Brusquerie* avec laquelle se produisent les migrations de la tumeur, à l'aller comme au retour.

« *Le néoplasme, sous la poussée des efforts de défécation, sort brutalement de l'anus, jaillissant comme une bille énucléée. Il rentre avec une égale brusquerie. »*

La malade de Carlier (Obs. 4) extériorisa si violemment sa tumeur qu'elle pensa que cette dernière s'était détachée et qu'elle était tombée dans le vase.

Un deuxième caractère, non moins important, est la douleur que provoque cette procidence aussi bien à l'aller qu'au retour.

Dans d'autres cas les malades viennent consulter pour des troubles de compression intrapelvienne.

LES TROUBLES DE COMPRESSION INTRAPELVIENNE: Ces troubles sont rarement isolés, en général ils accompagnent les signes rectaux. Les malades viennent consulter pour:

a) *Des douleurs à distance:* Le malade de V. Hunt se plaignait de douleurs sourdes dans chaque pli inguinal (Obs. 16). La malade de Fried et Stone souffrait également à la racine des cuisses (Obs. 11).

b) *Des troubles urinaires* qui peuvent être le premier signe révélant l'existence de la tumeur. La malade de Pfannenstiel (Obs. 23) souffrait, depuis quatre mois, de troubles dysuriques s'aggravant progressivement. Quand elle consulta, elle présentait une rétention d'urine complète, nécessitant des catéthérismes.

Le malade de V. Hunt (Obs. 11) vient consulter une première fois pour des mictions difficiles, puis une deuxième fois, trois semaines avant l'opération, parce qu'il avait eu trois crises de rétention d'urine.

Le malade de Westermarck (Obs. 28) présente du ténésme vésical en plus de sa constipation opiniâtre.

c) *De la compression utéro-vaginale*: Dans l'observation de Riedinger (Obs. 24) la tumeur volumineuse (20 cm. de long sur 12 cm. de large) provoqua la rupture prématurée des membranes avant terme.

Dans l'observation de Descœudres (8), depuis quelques années, lors du coït, le mari perçoit une résistance anormale à la partie postérieure du vagin.

d) *Une volumineuse ascite et de l'œdème des membres inférieurs* peuvent également traduire la présence d'un fibro-myome du rectum. La malade de Senn (Obs. 25) vient consulter pour ascite et œdème des membres inférieurs jusqu'au bassin.

3° Signes généraux

Les myomes du rectum étant des tumeurs essentiellement bénignes, ne s'accompagnent habituellement d'aucune altération de l'état général. L'*asthénie*,

l'*anémie* et l'*amaigrissement* que présentent certains malades résultent de la constipation opiniâtre, des hémorragies répétées, ainsi que des troubles de compression occasionnés du fait du volume exagéré de la tumeur (Obs. 13, 14, 17).

4° Signes physiques

Quatre cas peuvent se présenter à l'examen:

- 1° LA TUMEUR EST PROCIDENTE;
- 2° LA TUMEUR EST PÉDICULÉE, INTRACAVITAIRE;
- 3° LA TUMEUR EST SESSILE OU PARIÉTALE;
- 4° LA TUMEUR EST EXTRARECTALE.

PREMIER CAS: TUMEUR PROCIDENTE: Dès l'*inspection* de la région anale la tumeur est visible, elle cache l'orifice anal. Ou bien on prie le malade de pousser pour extérioriser sa tumeur. Il s'agit d'une tuméfaction gris violacé (Obs. 4) ou rouge (Obs. 6), de forme *sphérique* (Obs. 4, 22) en général. Son *volume* est celui d'un marron (Obs. 4), rarement plus grand, celui d'un œuf de poule (Obs. 6). Sa *surface* est en général régulière, peut être inégale, bosselée (Obs. 4, 8) et plus rarement saignante. Son *revêtement* est généralement lisse, mais peut être ulcéré (Obs. 31), la muqueuse peut être très amincie (Obs. 8).

A la *palpation* on apprécie la consistance de la tumeur. Elle est dure, ligueuse et élastique par endroits, semble formée de quelques noyaux volumineux, durs, séparés par des sillons peu profonds (Obs. 8). Elle peut être régulière, tendue, élastique (Obs. 22). La tumeur est *mobile* sur son point d'at-

tache, elle peut être fléchie dans tous les sens; elle est cependant fixée en haut dans la profondeur. Le palper et la mobilisation ne provoquent aucune douleur (Obs. 8).

Le *T. R.* permet de délimiter la tumeur en suivant le pédicule jusqu'à son point d'implantation, qui se trouve en général au-dessus du sphincter interne de l'anوس (Obs. 6), sur les parois antérieure ou postérieure du rectum.

Le *T. R.* et le *T. V.* combinés permettent quelquefois de révéler l'existence d'un prolongement intrapariétal de la tumeur.

DEUXIÈME CAS: TUMEUR PÉDICULÉE, INTRACAVITAIRE:
A l'examen on ne trouve rien à l'inspection de la région anale.

Le *T. R.* découvre la tumeur. C'est généralement une grosseur du *volume* d'une orange moyenne (Obs. 13), rattachée par un pédicule plus ou moins épais et plus ou moins long, à la paroi antérieure ou postérieure, à une hauteur variable au-dessus du sphincter anal (Obs. 13, 14). Parfois elle siège très haut. Dans l'observation de Hill (Obs. 15), lorsque le rectum était vide, il paraissait normal aussi haut que le doigt pouvait l'explorer. Quand il était rempli de matières, le doigt butait sur une tumeur lisse, dure, donnant l'impression du tissu utérin. La *surface* de cette tumeur est régulière ou bosselée, elle est de *forme* arrondie ou ovoïde (Obs. 14). Sa *consistance* est en général ferme. On s'assure de sa *mobilité* en lui imprimant quelques petits mouvements.

En enfouissant le doigt le plus profondément possible on sent le pédicule, cependant on arrive difficilement parfois à atteindre son point d'implantation.

Le T. V. permet de sentir la tumeur à travers la paroi rectale. La paroi vaginale postérieure est refoulée en avant.

TROISIÈME CAS: TUMEUR SESSILE: Le doigt introduit par l'anus arrive sur une saillie occupant une des parois du rectum, à une hauteur variable. Tantôt immédiatement au-dessus du sphincter anal, tantôt à une distance de 2 à 3 cm. au-dessus de l'anus. Cette tumeur fait saillir la paroi du rectum, elle est dure, de forme arrondie, d'une grosseur variable, celui d'une mandarine (Obs. 27), pouvant atteindre le volume d'un poing (Obs. 10).

La muqueuse est lisse, mobile sur la tumeur, quelquefois adhérente et ulcérée. Chez notre malade on sentait une saillie assez dure, de surface irrégulière, ulcérée, de forme arrondie, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent.

Autour de la saillie la muqueuse offre au toucher une consistance normale. Le toucher, en outre, permet de constater la *mobilité* de la tumeur.

Au T. V. : on sent la masse qui saillit sur la paroi postérieure du vagin.

Parfois l'examen est très difficile, on ne sent rien ni au T. R., ni au T. V. Dans l'observation de H. Cripps (Obs. 7), ce n'est qu'au prix de gros efforts que le doigt parvenait à atteindre la tumeur située très haut dans la paroi rectale.

QUATRIÈME CAS: TUMEUR EXTRARECTALE: On a affaire à deux catégories de myomes extrarectaux:

a) Tantôt ces myomes déforment la région périnéale;

b) Tantôt ils ne donnent aucune déformation au niveau du périnée.

a) *Myomes extrarectaux déformant le périnée:* Dès l'*inspection* on voit une tuméfaction périnéale déformant de façon plus ou moins discrète la région périnéale ou vulvaire.

Il en était ainsi dans le cas rapporté par Descœudres (Obs. 8) où la tumeur monstrueusement développée, pendait entre les jambes de la malade.

Sans atteindre un semblable volume, le myome peut cependant déformer le périnée de façon évidente. Dans l'observation de Fried et Stone la tuméfaction visible derrière l'anus a été prise pour un abcès.

D'autres fois l'*inspection* révèle des modifications beaucoup plus discrètes; un léger degré de prolapsus des parois vaginales (Obs. 28) ou de la paroi antérieure (Obs. 23). Dans l'observation de Becker (Obs. 3), il suffisait d'écarter les grandes lèvres pour voir la tuméfaction produite par la tumeur soulevant la paroi vaginale postérieure.

Dans l'observation de Riedinger (Obs. 24), les grandes lèvres étaient œdématiées.

Dans tous ces cas le *toucher rectal* ou *vaginal* apportait des renseignements précis.

C'est ainsi que Descœudres (Obs. 8) put, avec un doigt introduit dans le rectum, poursuivre la tumeur

jusqu'à son point d'origine, qui était rectal. Il put aussi constater la présence d'une série de noyaux situés dans le septum recto-vaginal. Moins heureux, Westermarck et Senn (Obs. 25, 28) ne purent que vérifier la présence de tumeurs indépendantes de l'utérus et qu'ils prirent pour des kystes de l'ovaire.

Riedinger, au T. V., sentait la paroi postérieure du vagin prolabée. Il a pu à peine introduire deux doigts dans le vagin en raison de la présence, dans le petit bassin, d'une tumeur fixée et immobile.

Le T. R. lui a permis de sentir la face postérieure de cette tumeur, qui était lisse et recouverte d'une muqueuse mobile.

La limite supérieure de cette masse ne pouvait être atteinte ni par le rectum, ni par le vagin; elle semblait se terminer au niveau du promontoire.

b) *Myomes du rectum ne donnant aucune déformation périnéale:* La *palpation abdominale* révèle la présence d'un néoplasme. Dans le cas de Senn (Obs. 25), après évacuation de l'ascite il fut possible de palper la tumeur sous la paroi abdominale. La malade de Westermarck (Obs. 28) avait son ventre distendu par une tumeur qui était également perceptible à la palpation.

Pfannenstiel sent une tumeur dans l'abdomen, située au-dessus et à droite de l'ombilic, de la grosseur d'une tête d'enfant (Obs. 23).

Le toucher rectal et vaginal et les deux combinés permettent de sentir les modifications et déplacements d'organes provoqués par la présence des myomes extrarectaux.

Au T. R. on sent une tumeur dure et arrondie qui bombe dans la paroi postérieure du rectum au point que la lumière de cet intestin est transformée en une fente semi-lunaire (Obs. 5).

Dans l'observation de Becker (Obs. 3), une volumineuse tumeur soulevait la paroi postéro-latérale du rectum.

La paroi rectale peut être repoussée en arrière par la tumeur comblant tout le bassin et dont la limite supérieure ne peut être atteinte par le doigt (Obs. 3). La masse peut s'étendre latéralement vers la vessie (Obs. 18).

La muqueuse rectale est généralement intacte, lisse et mobile ; mais elle peut être adhérente en quelques endroits (Obs. 21). Quelquefois la muqueuse est ulcérée par endroits. Dans l'Obs. de Lexer la muqueuse était ulcérée en deux endroits, en avant, un peu au-dessus de l'anus et en arrière sur la paroi postérieure. La muqueuse saignait légèrement.

Le T. V. permet parfois de sentir la tumeur. Dans l'observation de Gradenwitz (Obs. 12), le toucher vaginal fait découvrir la tumeur. On sent l'utérus rétroversé, un peu augmenté de volume, peu mobile et fixé en arrière. A gauche et en arrière de cet organe, on trouvait une tumeur de la dimension d'un œuf de poule séparée de l'utérus, mais en connexion avec lui par un pédicule. En mobilisant l'utérus, on faisait bouger également la tumeur.

Pfannenstiël découvre une tumeur enclavée dans le petit bassin de la dimension d'une tête d'homme.

L'utérus était repoussé en avant et à droite (Obs. 23). Westermarck sent une déviation de l'utérus qui est repoussé derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur on perçoit la base de la même tumeur qui est bosselée et de consistance élastique, pseudo-fluctuante.

La paroi vaginale postérieure n'est jamais ulcérée. ni adhérente, elle glisse sur le plan de la tumeur.

Diagnostic

A — Positif

La *rectoscopie* confirme la présence de la tumeur intra-cavitaire ou sessile et la *biopsie précise* la nature histologique de la tumeur.

RECTOSCOPIE. — « *L'examen endoscopique est toujours très facile. Il arrive cependant, que ces masses très mobiles parfois, échappent à une première investigation trop rapidement conduite* » (Bensaude).

Dans le cas de myome cavitaire pédiculé, la tumeur est évidente. On la voit isolée dans le rectum à la paroi duquel elle est rattachée par son pédicule. Le point d'insertion de celui-ci peut être aisément précisé. La muqueuse rectale, autour de la tumeur, est de coloration normale et la base du pédicule se continue avec la paroi intestinale sans délimitation précise.

Dans l'observation de Bensaude (4), le rectoscope permet de voir une masse grossièrement sphérique, dans l'ampoule rectale à 6 cm. de l'anús, gris violacé, rattachée à la paroi droite par un pédicule assez épais de 1 cm 1/2 de longueur. Le revêtement était lisse et non ulcéré. La tumeur était de la grosseur d'un marron et de surface bosselée.

Dans le cas de myome sessile, l'appréciation de la modification du rectum au rectoscope est plus difficile. On découvre une saillie qui soulève la muqueuse sans la modifier, toutefois il est des cas où la muqueuse est ulcérée. Le rectoscope vient buter contre cette saillie quand elle est assez marquée.

BIOPSIE. — La *biopsie* permet de diagnostiquer la nature histologique et par conséquent d'affirmer la bénignité de ces tumeurs.

Chez notre malade, après anesthésie générale à l'éther, dilatation anale et mise en place d'un spéculum, le Docteur Jean Quénu enleva avec une grosse curette la partie sphacélée du myome ulcéré et arriva sur une surface ferme, charnue, saignante, préleva un morceau pour examen histologique. Il préleva également un fragment de muqueuse sur le bord de l'ulcération.

B — Différentiel

C'est généralement un diagnostic par élimination. Il faut considérer trois cas, suivant que le *myome est pédiculé, sessile ou extra-rectal*.

1° MYOME PÉDICULÉ.

Avant tout il faut discuter le *cancer du rectum*, aucune difficulté. Il siège comme le myome sur une face quelconque du rectum, mais il s'agit d'une tumeur souvent *végétante*, formée de *bourgeons irréguliers* ; sa surface est bosselée, *friable*, tandis que sa consistance est d'une *dureté ligneuse*, saigne au moindre contact.

La *tumeur vilieuse* se traduit par un syndrome toujours discret et souvent caractéristique. A elle seule, en effet appartient l'*écoulement séreux pur* dans lequel on trouve des amas glaireux, comparables à du blanc d'œuf. Au T. R. : elle possède une surface granitée et fixe ; elle donne au toucher une sensation de mollesse, de douceur très particulières.

Au *rectoscope*, on trouve, un amas glaireux et filant qui cache la tumeur. Lorsqu'elle est visible, on peut distinguer le fin chevelu des villosités qui lui donne un aspect velvétique caractéristique.

De même, le *polype solitaire du rectum*, ne saurait soulever de grandes difficultés d'interprétation.

L'*adénome* qui en est la variété la plus fréquente se distingue des myomes par son volume beaucoup plus petit, sa couleur rouge vif. De plus, l'adénome est facilement hémorragique et saigne au moindre attouchement. Il est habituellement rattaché à la paroi rectale par un pédicule très grêle, fin, délié et blanchâtre.

Il est également facile de distinguer certaines *productions pédiculées de la région anale*, en particulier papillites et polypes sus-hémorroïdaires (Bensaude).

Les *papillites* ont un aspect tout à fait particulier. Elles siègent juste au-dessus du sphincter externe, au niveau de la ligne cutanéomuqueuse et il est facile de les mettre en évidence en dépliant au maximum l'orifice anal. Elles constituent des excroissances en forme de pyramide, à large implantation, à extrémité effilée et pouvant atteindre 1 cm. 1/2 de long. Leur sommet est généralement d'un blanc grisâtre. Elles

peuvent être congestionnées et revêtir une teinte ecchymotique. Parfois une seule, plus souvent trois, quatre ou cinq papilles sont hypertrophiées, donnant alors à la circonférence anale un aspect crénelé tout à fait typique.

Quant aux *polypes sus-hémorroïdaires*, ils siègent au-dessus de l'anus à 3 cm. ou 4 et se présentent comme des productions mamelonnées et lobées. Ils sont souvent multiples et leur *point d'insertion* les différencient nettement des autres productions. Ils sont toujours insérés sur la surface des hémorroïdes internes, *jamais en muqueuse saine*.

Bien plus difficiles à différencier sont les *productions pédiculées* qu'on voit au cours de *certaines rectites*. Le diagnostic serait difficile à éliminer sans examen histologique. Son aspect, son volume, sa consistance sont en tous points comparables à ceux des tumeurs fibro-myomateuses.

Quant aux *Neurinomes de la maladie de Recklinghausen*, la constatation d'une neuro-fibromatose généralisée fait tout naturellement rattacher les tumeurs rectales à leur vraie cause.

Une autre cause d'erreur à éviter est le *sarcome du rectum*.

Il peut s'agir de *lymphosarcome*. Dans sa forme localisée, limitée à une bosselure saillant dans la lumière de l'ampoule rectale peut donner lieu à des confusions. Il se présente sous la forme d'une tumeur ronde, plus ou moins bosselée, recouverte d'une muqueuse non ulcérée, obstruant la lumière de l'intestin.

Habituellement, la tumeur s'étale sur une large surface mais elle peut se pédiculiser à la façon d'un polype et même faire issue hors de l'anus au moment de la défécation.

On conçoit, dans ces conditions, combien le diagnostic est difficile. La tumeur peut être enlevée partiellement et seulement identifiée sur les coupes histologiques.

Enfin, exceptionnellement on éliminera le *leiomyosarcome*.

2° MYOME SESSILE.

a) *Le myome est ulcéré.* — Le cancer du rectum peut, dans certaines circonstances, être de diagnostic délicat, entre un carcinome et myome sessile de l'ampoule ayant ulcéré la muqueuse, comme dans notre cas personnel, on conçoit que la discrimination puisse être malaisée. Dans un cas comme dans l'autre il s'agit d'une large ulcération reposant sur une base indurée saignante, et donnant lieu à des troubles de la défécation. Mais dans le cas du cancer, l'ulcération est constamment *entourée par un bord surélevé*, dure, de consistance cartilagineuse qu'on a comparé au bord du pavillon de l'oreille, alors qu'il n'existe rien de tel dans le cas de myome. Au toucher, comme à la vue, les deux lésions sont dissemblables. On conçoit l'intérêt d'un tel diagnostic par les conséquences thérapeutiques que pourrait entraîner une erreur : si dans notre cas le myome ulcéré avait été pris pour un cancer il n'est pas douteux que la malade eût subi

une amputation du rectum, alors qu'elle a très simplement guéri par la simple énucléation du myome.

b) *Le myome n'est pas ulcéré.* — Les *fibromes* et les *lipomes* du rectum sont impossibles à différencier des myomes sans examen histologique après leur extirpation.

3° MYOME EXTRA-RECTAL.

C'est un diagnostic qui n'est généralement pas posé avant l'intervention. *Fibro-myome utérin, kyste de l'ovaire, tumeur du ligament large* furent les hypothèses le plus souvent envisagées.

a) *Le myome siège en avant.* — On peut le confondre avec toutes les variétés de tumeur utérine ou annexielle, surtout avec le *kyste de l'ovaire* ou avec un *kyste hydatique pelvien*.

L'endométriome du Douglas, à la période de début quand il n'existe qu'une petite induration ne se discute pas ; mais on aura à différencier le myome de la tumeur localisée dans le Douglas à la période d'état : c'est un nodule gros comme une noisette ou plus, siégeant entre vagin et rectum, toujours plus adhérent du côté génital que du côté rectal ; la masse est mal limitée, à contours flous, peu mobile. Il existe fréquemment des kystes bleuâtres dans le vagin.

Le diagnostic est encore plus difficile avec un endométriome diffus : c'est une masse très irrégulière, de consistance inégale suivant les points ; elle comble le Douglas simulant une affection inflammatoire. Elle adhère alors au vagin qui est bleuâtre, cartonné par l'envahissement.

L'adénomyome de la cloison recto-vaginale est plus facile à éliminer. Il donne lieu à des métrorragies quelquefois très abondantes. Au T. R. : on sent une masse dure au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur, adhérente au col et au plancher pelvien augmentant quelquefois au moment des règles et encombrant la lumière rectale sans que cependant la muqueuse rectale reste très mobile sur cette tumeur. Ce signe joint à l'absence d'hémorragie rectale est suffisamment caractéristique pour ne pas le confondre avec le myome.

b) *Le myome siège en arrière.* — On éliminera toutes les tumeurs à point de départ osseux : *sarcome du sacrum* (Obs. 19) ou de l'*os coxal* (Obs. 24).

c) *Dans tous les cas.* — Il faut éliminer la *forme infiltrée du cancer du rectum* : elle réalise quelquefois un aspect cartonné de l'ampoule où aucune ulcération n'apparaît.

Evolution

L'évolution des myomes du rectum est des plus variables.

MARCHE. — On ne peut affirmer que les myomes soient voués à un accroissement régulier et progressif. Il y a des myomes qui restent longtemps petits et ne changent pas, gros comme une prune (Obs. 30), amande (Obs. 26). D'autres augmentent plus ou moins vite et atteignent des dimensions considérables (Observation 8).

Leur croissance n'est d'ailleurs appréciable qu'à partir du moment où la tumeur a été constatée, soit au cours d'une procidence pour les tumeurs intracavitaires (Obs. 8), soit au cours d'un examen médical (Obs. 17).

Il y a des myomes qui par l'intensité croissante des symptômes en particulier des rectorragies (Obs. 27), deviennent rapidement une menace, surtout par leur répétition (Obs. 5) ; il y en a d'autres qui longtemps tolérés, donnent lieu à des : COMPLICATIONS qui créent bientôt un danger sérieux.

Parmi ces complications, signalons l'*obstruction intestinale* qui peut mettre la vie du malade en danger. La malade de Mac Cosh (Obs 21) est un exemple

d'obstruction aboutissant à une vraie crise d'occlusion intestinale.

Cette complication se voit surtout dans les myomes pariétaux et extra-rectaux siégeant en arrière du rectum.

La *rétenction complète d'urine* semble être une complication en rapport avec le siège antérieur de la tumeur sur le rectum. Le malade de V. Hunt (Obs 16) a trois crises de rétenction complète d'urine.

Enfin, signalons la *rupture prématurée de la poche des eaux* en cas de grossesse, avec déchirure de l'utérus (Obs. 24), et exceptionnellement l'*ascite avec œdème des membres inférieurs*.

DURÉE. — La durée de l'évolution des myomes est difficile à préciser. Dans la plupart des cas que nous mentionnons dans cet ouvrage, la découverte de la tumeur a été une occasion pour les extirper. Les malades se plaignaient de troubles apparus dans un délai de trois à cinq ans en général.

Il semble donc, que ces tumeurs peuvent évoluer pendant un grand nombre d'années, jusqu'au jour où une complication survient, qui fait découvrir la tumeur et l'extirper.

TERMINAISON. — Nous n'avons relevé aucun cas de mort consécutive à la présence de ces tumeurs, quel que fût leur volume. Le terme de l'évolution de tous les cas a été l'intervention chirurgicale dont nous verrons les résultats au chapitre *traitement*.

Pronostic

De l'étude de l'évolution des myomes il résulte que le pronostic de ces tumeurs est relativement *bénin* dans la majorité des cas ; exceptionnellement, il est grave dans certaines localisations.

Les *myomes procidents* donnent lieu à des troubles manifestes, gênants qui amènent les malades à consulter et une simple extirpation les guérit.

Les *myomes cavitaires* qui ne donnent pas lieu à de la procidence sont de pronostic variable. L'anémie et l'amaigrissement qui résultent des rectorragies font découvrir et opérer précocement ces tumeurs.

A la bénignité de ces deux catégories de myomes nous opposerons la *gravité* des *myomes extra-rectaux*, qui par leur localisation, leur volume entraînent le chirurgien à des interventions complexes, parfois difficiles, dont le risque opératoire n'est pas nul.

D'autre part, les troubles provoqués par les tumeurs volumineuses extérieures au rectum sont graves dans quelques cas. La malade de Verhoogen avait perdu un litre de sang d'après les dires du médecin traitant. Un des patients de Verne Hunt (Obs. 17), présen-

tait un certain degré d'anémie et n'avait que 44 % d'hémoglobine au moment de l'intervention. La constipation opiniâtre (Obs. 22), la diarrhée (Obs. 5) s'accompagnaient d'une certaine atteinte de l'état général avec anorexie et amaigrissement.

Traitement

Technique, voies d'abord

Lorsqu'on lit le compte rendu des opérations pratiquées, on est frappé par l'extrême diversité de ces opérations, les unes d'une grande simplicité et d'une entière bénignité, les autres complexes, difficiles et redoutables. L'étonnant polymorphisme anatomique, topographique des myomes rend compte de cette diversité. Mais aussi la difficulté de leur diagnostic clinique dans certains cas. Il est arrivé plus d'une fois qu'un myome, notamment un myome ulcéré fût pris pour un cancer, et les opérations pratiquées dans ces cas sont de celles qu'on oppose aux tumeurs malignes.

Là, comme ailleurs, l'exactitude du diagnostic est la condition d'une thérapeutique convenable. Or le myome rectal est une tumeur bénigne et cette notion de bénignité doit sans cesse être présente à l'esprit lorsqu'on pose l'indication opératoire, et lorsqu'on exécute l'intervention.

La voie d'abord, la technique nécessitent d'être discutées dans chaque cas particulier. Mais pour en donner un aperçu dans cette étude il nous faut bien grouper les cas, pour établir des directives.

VOIE CAVITAIRE, INTRA-RECTALE.

La voie cavitaire, intra-rectale s'impose tout naturellement lorsqu'on se trouve en présence d'un *myome pédiculé intra-rectal*, procident ou non. L'opération est extrêmement simple. Elle consiste à sectionner le pédicule au-dessus d'un fil de ligature. Le fil doit être placé au ras de l'implantation rectale, mais non sur le cône de paroi rectale qu'une traction excessive sur le pédicule peut attirer sous la ligature. La dilatation de l'anus, après anesthésie locale ou épidurale est nécessaire pour l'exécution correcte de cette petite intervention. Seuls le volume de la tumeur, la hauteur de son implantation peuvent mettre à l'épreuve l'habileté du chirurgien.

A côté des myomes pédiculés, il y a des *myomes intra-rectaux* saillants dans la cavité rectale, mais *sessiles*. Lorsqu'ils sont petits ne dépassant pas le volume d'une mandarine, et facilement accessibles au doigt, ces myomes nous paraissent devoir être également extirpés par voie endo-rectale. Cette opération très simple, mais qui ne semble pas, jusqu'à présent, avoir beaucoup tenté les chirurgiens, comporte : 1° la dilatation de l'anus ; 2° l'incision de la muqueuse ; 3° l'énucléation du myome ; 4° la suture de la muqueuse. Lorsque le myome est ulcéré, comme dans notre observation personnelle, cette voie cavitaire s'impose : elle s'impose pour la biopsie, qui permet d'affirmer la nature de la tumeur ; elle s'impose ensuite pour l'énucléation de la tumeur : la brèche muqueuse est toute faite, il n'y a qu'à l'utiliser. La cavité

résultant de l'énucléation du myome peut être drainée par une étroite contre-incision périnéale, sans qu'une fistule s'ensuive, si la suture rectale a été exacte.

VOIE PÉRINÉALE.

La voie périnéale convient aux *tumeurs extra-rectales basses*, qu'elles soient antérieures, latérales ou postérieures, chez l'homme comme chez la femme. Ce sont souvent de grosses tumeurs, encastrées entre les organes et les parois du pelvis, et qui mettent le chirurgien aux prises avec de grandes difficultés. Mais on doit les attaquer avec confiance si l'on sait : 1° qu'il existe toujours naturellement une connexion avec la paroi rectale, et que cette zone d'adhérence doit être recherchée et ménagée ; 2° Que ces tumeurs sont énucléables, à condition qu'on sache trouver le bon plan de clivage ; 3° Enfin, il faut choisir une voie d'abord adaptée au siège de la tumeur.

L'anesthésie doit être générale ou rachidienne. Le malade placé en position de la taille. Si la tumeur saillit au périnée, on peut inciser sur la tumeur elle-même.

Si la tumeur est rétro-rectale, dans la concavité sacrée, une courte incision transversale rétro-anale, avec au besoin la résection du coccyx peut suffire pour enlever une petite tumeur. Mais s'il s'agit d'une grosse tumeur, il faut s'ouvrir une voie plus large sur l'espace rétro-rectal et recourir à la voie *para-sacrée*.

Les myomes prérectaux seront abordés chez la

femme par une incision transversale interano-vulvaire suivie d'un dédoublement du périnée. Chez l'homme l'incision transversale ne sera que le premier temps d'un décollement rétro-prostatique, parfois réalisé par la tumeur elle-même.

La tumeur atteinte, contournée, il faudra porter toute son attention sur la zone d'adhérence de la tumeur au rectum, parfois pédicule isolable, plus souvent surface d'implantation qu'il faut disséquer prudemment pour éviter l'effraction de la muqueuse.

Si cet accident survenait, il faudrait suturer la brèche, mais cette suture est malaisée et souvent inexacte par la face exo-rectale, et la fistule stercorale en est une conséquence fréquemment observée.

Dans tous les cas, la cavité résultant de l'énucléation de la masse doit être drainée, suivant ses dimensions, soit par un simple drain, soit par des mèches.

VOIE RECTO-PÉRINÉALE (rectotomie).

Cette voie, relatée dans deux observations, celles de Verne Hunt (cas 3) et de Harrison Gripps, doit être considérée comme une voie d'exception, comme un pis aller nécessité par des difficultés opératoires.

L'un et l'autre fendaient la paroi rectale sur la ligne médiane postérieure, depuis la tumeur jusqu'à y compris le sphincter anal. L'infection de la plaie, et l'incontinence des matières sont le résultat presque fatal de cette pratique.

VOIE VAGINALE.

Cette voie a été employée une fois, par Gradenwitz, qui pensait à un kyste de l'ovaire. Ayant fait l'hysté-

rectomie vaginale et s'étant aperçu que la tumeur était d'origine rectale, il put dans le fond de la plaie vaginale, décapsuler la tumeur sans léser la muqueuse rectale.

VOIE ABDOMINALE.

La voie abdominale a été utilisée dans quelques cas opérés de myomes rectaux à évolution haute, pelvi-abdominale. Il s'agissait de femmes, et on avait le plus souvent porté le diagnostic de kystes de l'ovaire. Les connexions de la tumeur avec le rectum ne furent découvertes qu'au cours des interventions. Ce sont habituellement de gros myomes pédiculés, assez faciles à enlever. Encore faut-il prendre garde de ne pas placer la ligature sur la paroi rectale attirée par la traction sur le pédicule. Parfois ces tumeurs sont adhérentes et leur libération peut donner lieu à de grandes difficultés : ainsi dans le cas de Westermarck, où l'intestin grêle fut blessé, la paroi rectale prise dans la ligature, et où l'opérée succomba le quatrième jour par péritonite et occlusion.

EXTIRPATION DU RECTUM.

Une résection par voie sacrée (Ostrowski), une amputation par voie sacrée (Lexer), deux amputations périnéales (Hartmann, Finsterer), une amputation abdomino-périnéale (Lockart-Mummery). Il est bien évident que ces opérations graves et mutilantes sont excessives, lorsqu'elles s'adressent à une tumeur bénigne comme le myome. Mais il est évident aussi que le diagnostic de myome est parfois malaisé à établir,

pour qu'il ait échappé à des chirurgiens aussi compétents en pathologie rectale.

**

En résumé, les voies d'abord normales des myomes du rectum sont :

— *la voie cavitaire* pour les myomes pédiculés et aussi pour les petits myomes bas situés, saillants dans la cavité rectale.

— *la voie périnéale* pour les myomes extra-rectaux bas situés, au besoin par la résection du coccyx ou par l'incision para-sacrée pour les myomes rétro-rectaux.

— *la laparotomie* pour les myomes haut situés, à évolution pelvi-abdominale.

La colpotomie, la rectotomie sont des voies exceptionnelles, à rejeter de la pratique habituelle.

Résultats

RÉSULTATS IMMÉDIATS :

A part le cas de mort signalé au cours d'une extirpation abdominale difficile, les résultats ont été favorables, quelle qu'ait été la voie suivie.

Comme complication post-opératoire, il faut toutefois noter la *fistule stercorale, consécutive* à la blessure accidentelle du rectum (Obs. John Berg).

— *l'incontinence des matières*, consécutive à la section du sphincter anal (Obs. Descœudres, Finsterer, V. Hunt — cas 3 —, Mac Cosh).

Mais dans l'ensemble, les résultats sont satisfaisants

et la guérison est obtenue rapidement, dans un délai de dix à quinze jours.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS :

Les résultats éloignés dans la majorité des cas sont excellents. Les malades qui ont été revus six mois à un an après l'opération étaient dans un état de santé parfaite : disparition de la constipation, pas de douleurs (Obs. personnelle, Fried et Stone, V. Hunt (cas 3).

Exceptionnellement, il y a eu des :

RÉCIDIVES : avec transformation maligne.

a) *Sarcomateuse* : dans le cas de V. Hunt, le patient revint à la clinique un an après, disant qu'il était constipé. A l'ex. rectal, on trouva de nombreuses petites tumeurs sur la paroi rectale antérieure, qui furent excisées. Il fut établi qu'il s'agissait de *sarcomes* traités ultérieurement par la radiumthérapie.

b) *Epithéliomateuse* : dans le cas 2 de Ostrowski, l'examen de la tumeur montre la muqueuse ulcérée, mais indépendante de la tumeur. L'examen histologique révèle la nature pariétale de la tumeur ; mais des modifications de la muqueuse permettent de reconnaître un cancer au début greffé sur un myome.

Observations

A — Observations utilisées

Observation 1

Personnelle (voir page 13).

Observation 2

Ch. BALL, 1908. The rectum. Its diseases an developmental defects. (*London Oxford medical Publications*, p. 228).

Tumeur sessile de la paroi post. du rectum, du volume d'une demi-noix, de 3 cms de diamètre. Muqueuse qui la recouvrait mobile, libre de toute adhérence. *Fibromyome*.

Observation 3

P. BECKER, 1908. (*In thèse A. A. Poirier*, Paris 1933, p. 83).

F..., 44 ans, gêne progressivement croissante pour aller à la selle.

Examen : petites lèvres écartées, on voit : saillie globuleuse soulevant paroi post. vagin. *T. V.* : masse énorme, consistance dure, muqueuse intacte et mobile. Utérus indépendant de la tumeur. *T. R.* : volumineuse tumeur soulevant paroi postéro-latérale du rectum, muqueuse intacte mais adhérente. Calibre du rectum rétréci.

Diagnostic : tumeur para-rectale. Extirpation voie périnéale : dédoublement de la cloison recto-vaginale, énucléation de haut en bas. Déchirure de la paroi rectale. Suture. Guérison sans drainage. Tumeur grosse comme deux poings : tissu myomateux, nombreux vaisseaux. *Myome*.

Observation 4

BENSAULDE, CAIN et A. POIRIER, 1933 (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*. Avril 1933. T. XXIII, n° 4.)

F., 36 ans, au cours d'une période de constipation, extériorisa petite grosseur. Puis, procidence à chaque défécation, malade rentre grosseur après chaque selle. Rectorragies irrégulières. Constipation intermittente. En quelques mois tumeur augmente de volume ; procidence douloureuse. Douleur rectale droite. *Examen* : rien extérieurement. *Endoscopie* : masse sphérique, gris violacé, comme un marron ; surface irrégulière, à 6 cms au-dessus anus. Pédicule épais, long. Muqueuse lisse, non ulcérée. *Traitement* : anesthésie générale, ligature du pédicule et ablation de la tumeur. *Ex. histo.* : chevelu fin de collagène, assez nombreux faisceaux entrecroisés en tous sens. Infiltrat lymphoïdes et plasmocytaires.

Observation 5

John BERG, rapportée par WESTERMARK, 1890. (*In thèse* A. Poirier 1933, p. 81.)

H., 56 ans, diarrhée abondante depuis 10 ans. Rectorragie sérieuse à deux reprises. Matières fécales de forme aplatie. *T. R.* excavation sacrée occupée par tumeur dure et arrondie, bombant dans rectum. Lumière du rectum rétrécie. Extrémité sup. de la tumeur atteinte difficilement. Paroi intestinale partout refoulée, plane et lisse, sauf à un endroit : ulcération sur la tumeur. .

Opération : tumeur grosse comme le poing, arrondie et capsulée adhère à paroi postérieure du rectum. Guérison après fistule intestinale traitée par deuxième opération.

Observation 6

CARLIER, DE ROULERS et VAN DER EPST (de Courtrai), rapportée par PÉRAIRE. (*Journal de Méd., Chir. et Pharmacol.*, Bruxelles 1881, p. 140-143.)

F., 21 ans, vu pour rectorragies et procidence d'une tumeur par l'anus. Selles dures et difficiles. Au cours d'un accouchement tumeur s'extériorisant. Palpation du pédicule fit sentir une pulsation artérielle. Tumeur rouge, boursouflée : 3 cms de diamètre. Vu 3 mois plus tard pour gêne à la défécation, hémorragies abondantes. Tumeur sortie après effort : de la grosseur d'un œuf de poule, rouge et saignante, pédiculisée, s'implantant au-dessus du sphincter interne de l'anus. T. R. : pulsation artérielle légère. **Opération** : ligature du pédicule, extirpation avec l'écraseur de Chassaignac. Guérison. **Ex. histo.** : tissu formé de fibres musculaires lisses. *Myome*.

Observation 7

HARRISON CRIPPS 1931. (*On diseases of the rectum and anus*. London 1931, p. 337.)

F., 48 ans, souffrait depuis 6 mois de symptômes intestinaux. **Examen** : très haut, à bout de doigt, tumeur de la taille d'un œuf de poule et située dans la paroi rectale. Muqueuse intacte et parfaitement mobile. **Opération** : la tumeur fut disséquée de la couche musculaire à laquelle elle semblait incorporée. *Fibromyome*.

Observation 8

DESCŒUDRES 1910. (*Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale*. Janvier 1910, n° 1, p. 5.)

F., 47 ans, tumeur développée en avant et à gauche de l'anūs. *Ex. local* : fesse gauche semble se prolonger en bas en une tumeur allongée, ovoïde. Surface de la tumeur bosselée ; peau qui la recouvre amincie, mobile sur elle, parsemée d'énormes veines. Tumeur limitée en dedans par le pli fessier et l'anūs, en avant : atteint la grande lèvre gauche en dehors et en arrière, paraît se continuer sous les muscles de la région fessière. Consistance dure, ligneuse par places, élastiques en d'autres. Tumeur mobile sur son point d'attache, fixée en haut dans la profondeur.

T. R. : tumeur remonte le long de la paroi antérieure et latérale gauche du rectum.

T. V. : on ne peut arriver jusqu'au col à cause des noyaux qui occupent la cloison recto-vaginale.

Diagnostic : tumeur solide de la région ischio-rectale.

Traitement : ablation de la partie principale de la tumeur par une incision elliptique à grand axe antéro-postérieur. Section d'un large pédicule fibreux, s'enfonçant dans la profondeur sur le côté gauche du rectum auquel il adhère légèrement. Quatre masses néoplasiques sont énucléées. Rectum est déchiré sur une étendue de 3 cms au cours de l'énucléation d'une de ces tumeurs. Suture de la déchirure rectale. Drainage, reconstitution du plancher pelvien. Suites opératoires bonnes, avec un peu d'incontinence anale pendant les premiers jours.

Poids des masses : 6 kgs ; *fibromyome*.

Observation 9

EARL, rapporté par V. HUNT, 1905. (*Tr. Royal Read M. Ireland* Dublin 1905, p. 330-331.)

F., 40 ans, extériorise au cours d'un accouchement tumeur du rectum. Celle-ci sortit de l'anūs au moment où la tête du fœtus approchait du périnée. Tumeur mesu-

rait $8,5 \times 6,5 \times 5$ cms, était attachée au rectum par un simple pédicule qui fut sectionné.

Ex. histologique : tumeur constituée par des fibres musculaires lisses et du tissu fibreux. *Fibromyome*.

Observation 10

FINSTERER, 1916. (*In thèse A. Poirier, Paris 1933, p. 98.*)

H., 50 ans, troubles de la défécation depuis 3 ans. Rectorragies depuis 6 mois. *Examen* : tumeur de la grosseur du poing, faisant saillir la face antérieure du rectum. Muqueuse légèrement ulcérée en surface.

Biopsie : muqueuse normale.

Opération : après anesthésie sacrée excellente, extirpation totale du rectum avec conservation du sphincter. Tumeur arrondie était nettement séparée en avant de la vessie et de la prostate par une capsule formée de tissu connectif. Suture du sphincter : 2 semaines après la première intervention.

Ex. histologique : myome provenant de la paroi rectale. Par places, zones en dégénérescence. *Myome*.

Observation 11

FRIED et STONE, 1930. (*Surgery Gyn. and Obst.* Avril 1930, p. 762-763.)

F., 74 ans, gêne de la défécation, pesanteur rectale, douleur anale. Rectorragies. Douleurs lombaires ; tuméfaction au-dessus de l'anus prise pour un abcès et incisé, pas de pus.

Examen : derrière l'anus, sur la ligne médiane, plaie d'aspect curieux à bord taillés à l'emporte-pièce. Dans la profondeur, tumeur qui s'étendait vers le haut.

Diagnostic : carcinome colloïde.

Opération : plaie élargie ; découverte d'une volumineuse tumeur, ferme, complètement encapsulée. Enu-

cléation. Tumeur ovoïde. Volumineuse cavité refermée partiellement. Guérison rapide.

Ex. macro : muqueuse ulcérée. Section de la masse montre : capsule épaisse, tissu uniformément gris-rosé à structure fibrillaire avec fascicules disposés en tourbillon.

Ex. micro : tissu conjonctif hyalin, entremêlé de fibres musculaires coupées sous des incidences diverses. Grandes sinus veineux. Quelques petites artères. *Fibromyome*.

Observation 12

GRADENWITZ, rapportée par BECKER, 1908. (*In thèse POIRIER, Paris 1933, p. 61.*)

F., 41 ans. *Examen* : utérus rétro-versé, un peu augmenté de volume, peu mobile et fixé en arrière. A gauche et en arrière de cet organe, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, séparée de l'utérus, mais en connexion avec lui par un pédicule. Sa durée, l'absence de sensibilité laissèrent supposer qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou d'un myome de la paroi postérieure de l'utérus.

Colpotomie pour libérer corps utérin. Hystérectomie à cause de l'adhérence du corps. On s'aperçoit que tumeur d'origine rectale. Décapsulation sans léser la muqueuse rectale. Suture : guérison. *Fibromyome*.

Observation 13

H. HARTMANN, T. BERTRAND-FONTAINE et P. GUÉRIN, 1933. (*Journal de Chirurgie, Juillet 1933, T. 11, p. 1.*)

F., 46 ans, constipation nécessitait ingestion quotidienne huile de ricin. Selles glaireuses. Rectorragies avec caillots dans les selles. Pesanteur rectale, amaigrissement. *T. R.* : tumeur du volume d'une orange immédia-

tement au-dessus du sphincter et remontant sur une hauteur de 9 à 10 cms. ; tumeur bosselée, de consistance ferme, occupant toute la largeur de la paroi antérieure. *T. V.* : paroi vaginale postérieure refoulée en avant et en haut. *Opération* : chloroformisation, fermeture de l'anūs, amputation périnéale du rectum. Guérison.

Ex. histo. : Tumeur développée dans l'épaisseur de la couche musculaire du rectum. Constituée par des cellules allongées, ordonnées en faisceaux un peu tourbillonnés. Entourée d'une coque conjonctive émettant à son intérieur des cloisons peu épaisses, la divisant en lobes. Muqueuse normale, refoulée seulement par la tumeur ; non ulcérée. *Myome*.

Observation 14

HEURTEAUX, 1887. (*Archives provinciales de Chir.*, Avril 1896.)

F., 39 ans, constipation, épreintes, écoulement de mucosités et de sang ; coliques abdominales violentes, arrêt des selles depuis 5 jours, vomissements non fécaloïdes. Ventre ballonné, faciès non grippé, température normale.

T. R. : tumeur, lisse, ovoïde, de consistance ferme et élastique, du volume d'une poire ; pédicule senti en haut et en arrière. *T. V.* tumeur sentie à travers la paroi rectale.

Opération : attraction de la tumeur hors de l'anūs ; on aperçoit pédicule plus gros que le pouce, de couleur rouge foncé. Double ligature du pédicule assez bas. Section au thermocautère entre deux fils.

Macroscopie : tumeur ovoïde, surface lisse, blanc grisâtre ; consistance ferme, élastique. A la coupe : a les caractères des myomes utérins : faisceaux concentriques.

Histologie : faisceaux musculaires lisses avec entre eux tissu conjonctif, fibrillaire. *Myome*.

Observation 15

HILL, 1923. (*Manual of Proctology*, Philadelphie 1923, p. 15.)

H., 36 ans, présente constipation opiniâtre, s'exagérant depuis 4 ans. Expulsion de quelques parcelles de matières au cours de cinq tentatives de défécation quotidienne. Rectorragies. Pesanteur permanente au niveau du rectum. Amaigrissement 30 livres. *T. R.* : tumeur lisse, dure donnant l'impression du tissu utérin.

Opération : extirpation après ligature du pédicule d'une tumeur en forme de champignon, mesurant 3 pouces $1/2 \times 2 \times 2 \frac{1}{2}$. *Myome pur*.

Observation 16

VERNE HUNT (cas 1) 1917. (*Annals of Surgery*. Philadelphie, août 1921, n° 8, p. 231.)

H., 68 ans, constipation, mictions difficiles, douleurs. Faux besoin. Rétention d'urine. *Examen* : masse très dure sur la paroi extérieure du rectum : 10 cms de diamètre, s'étendait vers la gauche et était extérieure au rectum.

Opération : ablation par voie périnéale. Fibromyome bombant dans le rectum et pesant 350 grammes. Evolution maligne consécutive.

Examen rectal : nombreuses petites tumeurs sur la paroi rectale antérieure : sarcomes. Excision non suivie de fermeture car applications de radium. Récidives. *Fibromyome*.

Observation 17

VERNE HUNT (cas 3) 1920. (*Annals of Surgery*, Philadelphie, août 1921, n° 8, p. 237.)

H., 34 ans, opéré 3 fois du rectum pour tumeur supposée cancéreuse. Difficulté à la défécation. Douleurs. Rectorragies et mêmes troubles après nouvelle opération.

Examen : masse excavée, repoussant la paroi sur une hauteur de 10 cm. à 2 cm. 1/2 au-dessus du sphincter anal. Masse ulcérée, saignant facilement. Extension dans le tissu péri-rectal. Muqueuse saine.

Opération : section du sphincter anal en arrière ; prélèvement de la tumeur pour examen microscopique. Enucléation totale de la masse. Bonnes suites opératoires. Applications de radium. Aucune récurrence. *Myome*.

Observation 18

VERNE HUNT (cas 4) 1919. (*Annals of Surgery*. Philadelphie, août 1921, n° 8, p. 233.)

H., 55 ans, gêne de la défécation ; impression d'obstruction dans le rectum.

Opération : incision postérieure, ablation du coccyx et de la portion terminale de la troisième vertèbre sacrée. Masse postérieure au rectum s'étendant latéralement vers la vessie, originaire de la couche musculuse du rectum. Enucléation avec sa capsule. Bonnes suites.

Ex. histologique : fibres musculaires. *Myome*.

Observation 19

LEXER 1902. (*In thèse A. POIRIER*, Paris 1933, p. 81.)

H., 35 ans, rectorragies importantes avec pertes glaireuses. Constipation opiniâtre.

Examen : muqueuse rectale ulcérée en deux endroits, légèrement saignante. En arrière paroi rectale repoussée par tumeur comblant tout le petit bassin, limite supérieure haute. On fit le diagnostic de sarcome du sacrum.

Opération : voie d'abord para-sacrée (Kraske). Tumeur adhérente au sacrum, qu'on décolle de l'os et on saisit son pôle supérieur. Hémorragie importante arrêtée par tamponnement. Impossibilité de décoller la tumeur du rectum, d'où amputation du rectum, établissement d'un anus sacré. La tumeur était bosselée, recouverte d'une capsule de tissu conjonctif mince, de consistance fibreuse. A la coupe, elle était de couleur rougeâtre et de structure fasciculaire.

Histologie : leiomyome pur dont les faisceaux musculaires entrecroisés arrivaient jusqu'à la sous-muqueuse. *Leiomyome*.

Observation 20

LOCKHART-MUMMERY, 1923. (*Diseases of the rectum and colon*. London, Baillière, Tindall and Co, 1923, p. 37.)

F., 34 ans, obstruction rectale par trois tumeurs. *Diagnostic* : cancer.

Opération : voie abdomino-périnéale ; ablation de tout le rectum et d'une partie du sigmoïde, colostomie permanente. Guérison.

Examen de la pièce : trois grosses tumeurs de la couche musculaire du rectum. Muqueuse non ulcérée. A la coupe : fibromyome avec transformation calcaire.

Observation 21

MAC COSH, rapportée par PÉRAIRE, 1893. (*Annals of Surgery*. Philadelphie, T. XVII, p. 41.)

H., 34 ans, gêne de la défécation ; matières dures et rubannées. Crise d'obstruction prolongée.

Examen : tumeur dure sur la paroi postérieure du rectum, s'étendant dans l'excavation sacrée. A 3 pouces au-dessus de l'anus : oblitération du rectum. La muqueuse semble adhérer avec la tumeur, ce qui donne à

penser à une tumeur maligne. Colostomie inguinale gauche suivie d'excavation pendant une demi-journée.

Opération radicale : incision depuis le bord postérieur de l'anus jusqu'au sommet du sacrum. Coccyx enlevé : tumeur dure, adhérente à la face postérieure du rectum, s'étendant du milieu du sacrum jusqu'à un pouce de l'anus, adhérente au rectum. Par la dissection, ouverture du rectum. Suture ; section du sphincter qu'on laisse non réuni. Six semaines après : clôture de l'anus iliaque. Tumeur grosse comme une noix de coco. *Fibromyome*.

Observation 22

OKINCZYK et M. BRETON, 1925. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, Paris 1925, n° 12, p. 400-409.)

F., 26 ans, *ex. de la région anale* : tuméfaction grosse comme une noix, arrondie, cachant l'orifice anal. Tumeur s'arrête à la partie inférieure du canal.

Au palper : cette tumeur est régulière, tendue, élastique. T. R. - T. V. combinés : tuméfaction de la cloison faisant saillie dans le rectum, tendue, rénitente, occupant partie antéro-latérale droite du rectum.

Autopsie : 15 tumeurs arrondies, formant par leur agglomération une grappe qui entoure la lumière anorectale, dans la paroi rectale entre la muqueuse et la musculuse.

Ex. micro : tumeurs constituées par des fibres musculaires lisses et développées dans la paroi même du rectum. *Leiomyome*.

Observation 23

PFANNENSTIEL, rapportée par BECKER, 1931. (*In thèse A. POIRIER*, 1933, p. 69.)

F., 35 ans, dysurie ; rétention complète d'urine.

Examen : tumeur de la dimension d'une tête d'homme enclavée dans le petit bassin. Utérus repoussé en avant et à droite. Par ailleurs, masse volumineuse dans l'abdomen prise pour kyste de l'ovaire.

Opération : tumeur abdominale se trouvait en arrière du côlon descendant, repoussé à droite. Extirpation de la tumeur après section du mésentère. Tumeur pelvienne était à gauche et en arrière de l'anse sigmoïde et du rectum ; immobilisée dans le petit bassin, comprimant la vessie. *Myome*.

Observation 24

RIEDINGER, 1898. (*In thèse A. POIRIER*, Paris 1933, p. 61.)

F., 38 ans, consulte au terme de sa grossesse pour douleurs abdominales.

Examen : abdomen distendu par trois tumeurs. Première, de la dimension d'une tête d'enfant, élastique et se contractant périodiquement. Seconde masse au-dessous, plus grosse et plus dure. Une troisième masse à côté de cette dernière s'étendait jusqu'à l'ombilic ; disparue après catéthérisme et évacuation de 1 litre et demi d'urines albumineuses.

T. V. : paroi postérieure du vagin prolabé. Tumeur fixée et immobile dans le bassin.

T. R. : face postérieure de cette tumeur : lisse, recouverte d'une muqueuse mobile. Limite supérieure impossible à atteindre.

Diagnostic : rupture de l'utérus avec tumeur de l'os coxal.

Laparotomie : gaz dans l'abdomen. Fœtus hors de l'utérus. Liquide fétide dans le ventre. Mort.

Autopsie : gros myofibrome recouvert de péritoine et rattaché au rectum par son côté gauche.

Observation 25

SENN, 1891. (*Weekly Med. Rev.*, 21 mars 1891, p. 221-223.)

F., 45 ans, très anémiée, ascite et œdème des membres inférieurs. Diagnostic 2 ans auparavant : tumeur du bassin. Après évacuation de l'ascite, on sent tumeur volumineuse, solide, siégeant dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Utérus de dimension normale, retourné à droite et comprimé en haut par une tumeur solide, mobile.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus et annexes sains. Tumeur non adhérente à ces organes, dure au toucher, avait une couverture péritonéale. Pédicule gros lié et excisé en trois faisceaux. Tumeur enlevée. Large drain dans le rectum. Suture du rectum avec points de Lembert. Drain de verre et gaze iodée formée dans l'abdomen. Guérison. *Fibromyome*.

Observation 26

TÉDENAT, 1885. (*Montpellier Médical*, 1885, p. 226.)

H., 46 ans, rectorragies répétées et abondantes, constipation opiniâtre, sensation de pesanteur à l'anus, de coliques et d'obstruction incomplète. Expulsion d'une masse charnue.

T. R. : une deuxième tumeur, du volume d'une grosse amande, implantée sur la paroi postérieure. Ablation à l'écraseur. Guérison.

Ex. macro : tumeur ferme. A la coupe : coloration gris-rosé, formé de deux lobes et des deux petits kystes.

Ex. micro : fibres musculaires lisses, entremêlées de fibres conjonctives. *Fibromyome*.

Observation 27

VERHOOGEN, 1910. (*Journal de Chir. et Annal. Soc. Belge de Ch.*, 1910, p. 242-244.)

H., 55 ans, rectorragie abondante. *T. R.* : tumeur sur la face antérieure du rectum, sphérique : mandarine. Muqueuse lisse, non adhérente. Tumeur mobile, obstrue complètement le rectum.

Opération : Incision transversale en avant du rectum, prolongée dans la profondeur. Rectum facilement décollé de la prostate, puis la tunique musculaire du rectum est incisée transversalement au niveau de la tumeur. Enucléation facile de la tumeur. Suture de la musculature. Fermeture avec drainage. Guérison en 15 jours.

Ex. macro : tumeur sphérique, dure, du volume d'une mandarine. A la coupe : tissu grisâtre, jaunâtre par places avec à la périphérie foyers hémorragiques par endroits.

Ex. micro : faisceaux de fibres musculaires s'entre-croisant sans ordre en tous sens. *Leiomyome*.

Observation 28

WESTERMARK, 1898. (*In Progrès Médical Paris* (rapportée par Longuet) 1898, p. 234.)

F., 49 ans, rectorragies ; douleurs sacrées, phénomènes d'obstruction.

Examen du ventre : on constate tumeur dure, aplatie. Utérus dévié derrière la symphyse. Base de la tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Evacuation d'un peu d'ascite. Tumeur comme poing d'homme, irrégulièrement arrondie. Libération du pédicule et ligature provisoire ; ablation de la tumeur. Pédicule se portait dans le Douglas et se continuait avec la paroi antérieure du rectum. Ligature primitive enlevée mais impossibilité d'enlever la tumeur sans léser le rectum. Tamponnement du Douglas. Fermeture du ventre.

Suites : accidents infectieux. Mort. *Myome*.

B — Observations non utilisées

Observation 29

V. HUNT (cas 2), 1918. (*Annals of Surgery*. Phila. Août 1921, n° 8, p. 231.)

F., 20 ans, gêne du côté gauche de son rectum. *Examen* : les deux culs-de-sac vaginaux sensibles : masse indurée dans la cloison recto-vaginale.

Opération : masse recto-vaginale d'aspect inflammatoire était en réalité un fibromyome d'origine rectale.

Observation 30

T. OSTROWSKI (cas 1), 1909. (*Journal de Chirurgie* (rapportée par J. OKINCZYC) Paris 1909, p. 202-203.)

H., 51 ans, constipation chronique. Procidence d'une tumeur grosse comme une prune. Dysurie et rétention complète d'urine.

T. R. : tumeur pédiculée qui occupe le petit bassin, contre le sacrum ; muqueuse normale.

Opération : incision para sacrée de Wölfler. Extirpation de la tumeur sans lésion de la muqueuse. Guérison.

Leiomyome.

Observation 31

T. OSTROWSKI (cas 2), 1909. (*In Journal de Chirurgie*) rapportée par J. OKINCZYC) Paris 1909, p. 202-203.)

H., 54 ans. Gêne de la défécation il y a un an. Procidence d'une tumeur à l'anus. Constipation, douleurs, ténesme

T. R. : tumeur sessile est assez volumineuse sur la paroi postérieure du rectum, surface inégale et ulcérée.

Opération : incision para-sacrée. Résection de l'intes-

tin au-dessus et au-dessous de la tumeur, nature maligne suspectée. Invagination du bout supérieur dans l'anūs et suture. Guérison.

Ex. histo : nature pariétale de la tumeur. Cancer au début greffé sur un myome.

Observation 32

PERRIN, 1928. (*Proceed of the Royal Soc. of Med. Londres*, 1928.)

H., 39 ans, tumeur procidente par l'anūs au moment des selles. Rectorragies. Pédicule très court rattaché à la tumeur à la paroi antérieure du rectum. Ligature du pédicule avec soie forte et ablation de la tumeur.

Observation 33

CARLE, rapportée par V. HUNT, 1921 (*Annals of Surgery. Phila.* Août 1921.)

H., 85 ans, constipation. Sensation de corps étranger dans le rectum.

Examen : tumeur à 4 ou 5 cms au-dessus de l'anūs, repoussant la paroi rectale postérieure. Masse dure au toucher ; muqueuse un peu ulcérée.

Ex. histo : Fibromyome composé de tissu connectif avec quelques groupes de fibres musculaires.

CONCLUSIONS

Les myomes du rectum sont des tumeurs rares, qui se voient uniquement chez l'adulte, dans les 2 sexes.

Nés de la musculuse, ce sont des tumeurs bénignes, leur dégénérescence maligne est extrêmement rare.

Comme les myomes utérins, ils peuvent être divisés en pariétaux, cavitaires, extra-rectaux.

Les myomes cavitaires sont souvent pédiculés : ce sont alors des sortes de polypes qui sont facilement reconnus parce qu'ils entraînent des troubles de la défécation, et se montrent souvent à l'orifice anal.

Les myomes pariétaux et extra-rectaux se manifestent habituellement de façon plus discrète et plus tardive soit par un syndrome rectal banal (ténésme, faux-besoins, sensation de corps étrangers), soit par des douleurs, soit par des rectorragies. Parfois ils apparaissent sous la forme trompeuse d'une tumeur abdominale, ou sont révélés par une complication telle que une obstruction intestinale ou une rétention d'urine.

Le diagnostic de ces tumeurs tire sa difficulté de leur rareté. Les moyens de diagnostic sont le toucher

rectal, la rectoscopie, la biopsie. Certaines formes sessiles, ulcérées de myome de l'ampoule peuvent jusqu'à un certain point simuler le cancer et l'on conçoit l'intérêt pratique d'un diagnostic qui commande des indications opératoires extrêmement différentes.

Les myomes du rectum, tumeurs bénignes, doivent en effet être traités par l'exérèse ; mais l'opération doit être menée de telle sorte qu'elle soit aussi peu mutilante que possible.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LENORMANT.**

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

Vu et permis d'imprimer :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1° Voir

- E. QUÉNU et H. HARTMANN. — Chirurgie du rectum. T. II, p. 355.
- R. BENSAUDE, CAIN et POIRIER. — A propos des myomes du rectum. (*Archives des Mal. de l'App. digestif*, avril 1933, T. XXII, N° 4.)
- H. HARTMANN, T. BERTRAND-FONTAINE et P. GUÉRIN. — (*Journal de Chirurgie*. Juillet 1933, T. XLII, p. 1).
- A. A. POIRIER. — Les fibromes, fibromyomes et myomes du rectum. (Thèse 1933, Paris.)

2° Ouvrages et articles consultés pour l'élaboration de cette thèse et non mentionnés dans les mémoires précédents.

- R. BENSAUDE, A. CAIN et A. POIRIER. — (*Journal de Chirurgie*, 1933, T. 42, p. 346.)
- A. EPSTEIN. — Le lymphadénome du rectum. (*Arch. für Klinische Chirurgie*. T. CLXXV, fasc. 2, Mai 1933, p. 351-357.)
- GABRIEL W. B. — Polypose du rectum et du côlon pelvien. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 29, N° 4, Juin 1936, p. 68-70.)
- HAROLD H., LINDER et W. QUARRY WOOD. — (*The British Journal of Surgery*, vol. 24, N° 93, Juillet 1936, p. 65-75.)

- LANAHAN et H. B. STONE. — (*Surgery, Gyn. and Obstetrics*, vol. 58, N° 6, Juin 1934, p. 1027-1030.)
- LENORMANT (Ch.) et MÉNÉGAUX. — Précis de diagnostic chirurgical. Masson, édit., 1937, T. III, p. 880.
- LIONEL E. G. NORBURY. — Cinq cas de papillomatose extensive du rectum et du côlon pelvien. (*Proceed. of the Royal Soc. of Med.*, vol. 29, N° 4, Juin 1936, p. 71.)

3° Ouvrages et articles n'ayant pu être consultés

- HILL T. C. — (*Manual of proctology*. Philadelphie, 1923.)
- LOCKHART-MUMMERY. — Diseases of the rectum and colon. (London. Baillière, Tindall and Co) 1923.
- SALSANO. — Gros polype solitaire du rectum à structure fibro-myxo-lipomateuse. (*Il Policlinico*. Napoli. An 43, N° 21, 25 Mai 1936, p. 969-977.)
- TENCONI A. — Tumeurs bénignes du rectum (adénome chez le jeune enfant). (*La Pediatria*, an 43, fasc. 8, 1^{er} août 1935, p. 950-960.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Observation personnelle	13
Historique	19
Etiologie	22
Anatomie pathologique	23
A. — Anatomie macroscopique	23
B. — Anatomie microscopique	26
Symptomatologie	28
1° Début	28
2° Signes fonctionnels	28
3° Signes généraux	33
4° Signes physiques	34
1 ^{er} cas : myome procident	34
2° cas : myome pédiculé, intra-cavitaire....	35
3° cas : myome sessile ou pariétal.....	36
4° cas : myome extra-rectal	37
Diagnostic	41
A. Positif	41
a) Rectoscopie	41
b) Biopsie	42
B. Différentiel	42
1° Du myome pédiculé	42
2° Du myome sessile	45
3° Du myome extra-rectal	46

Evolution	48
Pronostic	50
Traitement	52
Observations	59
Conclusions	75
Bibliographie	77

